



FORMATO DE AUTORIZACIÓN DE SALIDA DEL SEVICIO MÉDICO
"ELODIA RAMOS CHÁVEZ"
PRIMARIA 2024-2025

Yo _____ en mi carácter de padre o tutor del niño
(a) _____ quien cursa el _____ de
_____ autorizó su salida del plantel en caso de emergencia y/o riesgo que pongan en peligro su
integridad física; con el fin de proporcionarle una debida y oportuna atención.

Calle No. Colonia Alcaldía

Teléfonos: _____

(Recuerden que el seguro cubre un monto determinado y ustedes pagarán un deducible en caso de accidente).

NOMBRE Y FIRMA PADRE O TUTOR